

MATRÍCULA - NUEVA INCORPORACIÓN

DOCUMENTACIÓN A APORTAR POR LAS FAMILIAS

- 1. Solicitud religión / Valores Sociales y Cívicos
 - 2. Autorización actividades fuera del Centro.
 - 3. Autorización imágenes.
 - 4. Autorización traslado a centro médico.
 - 5. Autorización Classdojo.
 - 6. Notificación de alergias y, en caso necesario, anexo I y consentimiento suministro de medicación de urgencia.
 - 7. Inscripción al AMPA, si procede.
 - 8. Fotocopia del libro de familia completo.
 - 9. Certificado de empadronamiento.
 - 10. Tres fotografías tamaño carnet.
- **En caso de separación, divorcio o cualquier otra situación relevante debe aportar documentación al centro.**

PARA ALUMNADO INMIGRANTE

Además de la documentación anteriormente citada se debe aportar:

- 1.- Fotocopias de los N.I.F. o pasaportes de los padres y del alumno/a.
- 2.- Fotocopias otros documentos de inmigración.



CENTRO: C.R.A. Alto Maestrazgo

LOCALIDAD: **PROVINCIA:**

ALUMNO/A:

NIVEL:

D./ Dña. :

PADRE / MADRE / TUTOR del alumno/a arriba reseñado, expresa su deseo de que su hijo/a curse enseñanza de: (márquese con una cruz)

- RELIGIÓN CATÓLICA.
- VALORES SOCIALES Y CÍVICOS.

En, a de de 20.....

EL PADRE, MADRE O TUTOR/A,

Fdo.:

AUTORIZACIONES

D. / Dña.padre /
madre / tutor / tutora del alumno/a

(Márquese con una cruz lo que proceda)

▪ **AUTORIZACIÓN SALIDAS:**

- Autorizo
 No autorizo

A mi hijo/a a realizar actividades docentes en horario lectivo fuera del recinto escolar.

▪ **AUTORIZACIÓN IMÁGENES:**

- Autorizo
 No autorizo

A mostrar la imagen de mi hijo/a, tanto en fotografías como en vídeos en publicaciones y/o revistas de carácter informativo y/o educativo.

▪ **AUTORIZACIÓN CLASSDOJO:**

- Autorizo
 No autorizo

A la creación de una cuenta en Classdojo para mi hijo/a.

Asimismo, facilito los siguientes datos para poder estar conectado con su clase:

- Dirección / direcciones de e-mail:

.....
.....

▪ **AUTORIZACIÓN GOOGLE WORKSPACE:**

- Autorizo
 No autorizo

A la creación de una cuenta en Google para mi hijo/a para poder desarrollar su competencia digital a través de Google Classroom y el resto de extensiones educativas de Google Workspace.

En Cantavieja, a de de 20.....

Fdo.



AUTORIZACIÓN - TRASLADO A CENTRO MÉDICO

D./Dña.....

Padre/madre/tutor/a del alumno/a.....

SOLICITO y a la vez **AUTORIZO** a que en caso de necesidad sanitaria mi hijo/a pueda ser trasladado/a a un centro médico utilizando algún vehículo particular o público tanto del personal del centro como de algún otro adulto presente en aquel momento.

A la vez, **ME COMPROMETO** que en caso de que durante el traslado sucediese algún percance, incidente, accidente o cualquier otra denominación que se le pueda dar, a **NO RESPONSABILIZAR** a la escuela, conductor o propietario del vehículo en cuestión, del mismo. Por lo tanto, **RENUNCIO** a realizar reclamación alguna y a solicitar indemnizaciones (excepto las que se puedan derivar de la póliza de seguro del vehículo en cuestión).

SI

NO

Este documento será válido mientras dure la escolarización de mi hijo/a en el CRA Alto Maestrazgo.

En....., de de 20.....

EL PADRE, MADRE O TUTOR/A,

Fdo.:



NOTIFICACIÓN ALERGIAS

D. / Dña.:padre /
madre / tutor/a del alumno/a:

INFORMO que a mi hijo/a le han sido diagnosticadas las siguientes alergias y/
intolerancias:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

En, a de de 20.....

EL PADRE, MADRE O TUTOR/A,

Fdo.

En caso de precisar medicación de urgencia, la familia debe cumplimentar el **anexo I y el consentimiento** incluidos en el Plan de Atención Sanitaria del Centro según la RESOLUCIÓN de 7 de Noviembre de 2017, de la Dirección General de Ordenación Académica, la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud y la Dirección General de Salud Pública, por la que se dictan instrucciones relativas a la organización y el funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón.



ANEXO I

PRESCRIPCIÓN MÉDICA, ATENCIÓN EDUCATIVA EN TIEMPO ESCOLAR POR PERSONAL NO SANITARIO, CONSENTIMIENTO FAMILIAR Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDADES

Al niño/a:

Se le debe administrar en horario escolar la siguiente medicación:

- Medicamento (nombre comercial):
- Dosis:
- Procedimiento/vía de administración:
-
- Momento preferente de administración:
- Duración (fecha finalización):
- Conservación:
- Posibles efectos secundarios:
- Otras observaciones:
-

Se le deben realizar en horario escolar las siguientes actuaciones:

.....
.....
.....
.....

Otras observaciones:

.....

ADMINISTRACIÓN EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA:

Puede presentar la siguiente situación de emergencia:

.....
.....
.....



Que el profesional del centro docente podrá identificar según los síntomas o signos que se señalan:

.....
.....
.....
.....

En ese momento, deberá realizar la siguiente intervención:

- Medicamento:
- Dosis:
- Procedimiento/vía de administración:
-
-
-
- Duración (fecha finalización):
- Conservación:
- Posibles efectos secundarios:
- Otras observaciones:
-
-

Facultativo que prescribe el tratamiento:

Fecha:

Fdo.

Nº Colegiación:



CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE, TUTOR O TUTORA LEGAL

D./D^acon DNI

En calidad de tutor/a legal del niño/a:

EXPRESO:

- Que he sido informado por el facultativo arriba firmante de todos los aspectos relativos a la administración prescrita en tiempo escolar y por parte de personal no sanitario en el centro docente-
- Que he recibido del centro docente la información sobre el procedimiento que se va a seguir para atender y administrar el medicamento en situaciones de emergencia y señalo que estoy conforme con el citado procedimiento.

Por lo tanto, AUTORIZO que se administre a mi hijo/a el medicamento descrito anteriormente por parte del personal no sanitario del centro docente y me hago totalmente responsable de esta decisión, liberando al centro educativo y al personal no sanitario de cualquier responsabilidad y de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro del medicamento y/o actuación prescrita a mi hijo/a.

En, a de de

Fdo.

ANEXO III. MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE

D/D^a....., con DNI/NIE,
y domicilio en..... en
calidad de madre/padre/tutor/a legal del alumno/a.....,
con nº de tarjeta sanitaria AR, matriculado/a en
..... (indicar curso), en el centro educativo CRA ALTO MAESTRAZGO de
(localidad).....,

DECLARA responsablemente que:

- Si el/la alumno/a presentara cualquiera de las siguientes situaciones NO asistirá al centro:
 1. Fiebre (Temperatura mayor de 37,5º)
 2. Otra sintomatología: tos, falta de aire, dolor de cabeza y/o garganta, dolor muscular o torácico, pérdida de olfato o de gusto, diarrea.
- Si es caso confirmado, no acudirá al centro hasta que, de acuerdo con las indicaciones del profesional sanitario, se complete el período de aislamiento: el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas. No será necesario la realización de una PCR para levantar el aislamiento ni para reincorporarse. En los casos asintomáticos el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 10 días desde la fecha de toma de la muestra para el diagnóstico.
- Si el alumno/a se considera contacto estrecho de un caso confirmado y no está vacunado no acudirá al centro hasta que, de acuerdo con las indicaciones del profesional sanitario, finalice el período de cuarentena (10 días tras el último contacto con un caso confirmado).
- Conoce las medidas preventivas del centro y expresa su compromiso de estricto cumplimiento con las mismas.

Y para que conste, a los efectos oportunos, firmo la presente

En, a ... de septiembre de 2021

Madre/Padre/Tutor/a legal

Fdo.